

ПРИНЦИПЫ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Занько С. Н.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Одним из наиболее сложных аспектов диагностики и лечения этих заболеваний является полиморфизм возбудителей, частое наличие микст-инфекций и их большой вариабельности. В конце прошлого столетия список болезней, передаваемых половым путем, превысил 20 наименований (1,5). Разработка новых антибактериальных, антипротозойных и противогрибковых препаратов, несмотря на их достаточно высокую эффективность, не привели к снижению частоты возникновения гинекологических заболеваний, вызываемых инфекцией, передающейся половым путем. Это обусловлено многими причинами и, в частности, тем, что после появления признаков заболевания медицинскую помощь чаще всего не оказывают в течение 3-15 дней, в этот период больные сохраняют половую активность. Но даже при своевременном обращении пациентки за медицинской помощью обследование и лечение половых партнеров проводят не более чем в 35% случаев (4,6,7). Кроме того, большое значение имеют позталная выявляемость инфекции, что требует частых обращений в лечебное учреждение, и высокая стоимость многих из исследований и лекарственных средств, что затрудняет проведение полных курсов лечения и способствует переходу заболеваний в хроническую форму.

Выбор препаратов для лечения пациентов с ЗППП должен основываться на следующих критериях (8):

- высокая клиническая эффективность препарата (85-95%) в сочетании с минимальной токсичностью и аллергенностью;
- удобство в применении;
- комбинированное воздействие одновременно на нескольких возбудителей;
- доступность и стоимость препарата (оптимальное соотношение цены и качества).

В связи с вышеназванным, в последние годы активно обсуждается вопрос о **проведении недифференцированной терапии** больных с подозрением на ЗППП, способы ее проведения, выбор препаратов и дозы. Представляется целесообразным при первом же обращении больных и проведении им анализов назначать недифференцированную

терапию, что позволяет сократить сроки не только обследования, но и достижения субъективного и клинического выздоровления больных.

Трудно переоценить необходимость использования препарата, одновременно эффективного, недорогого, оказывающего незначительные побочные эффекты, удобного в применении. Одним из лекарственных средств, соответствующим таким условиям, является препарат «Гиналгин» производства компании ICN Polfa Rzeszow (Польша). В состав препарата «Гиналгина» входят два активных компонента — хлорхинальдол и метронидазол. Хлорхинальдол оказывает микоцидное, кератопластическое, протозооцидное и бактерицидное действие в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий. Для метронидазола характерно выраженное протозооцидное и бактерицидное действие в отношении анаэробных бактерий. Показаниями к применению этого препарата являются: инфекции влагалища, вызванные *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* (коагулазоположительным), *Staphylococcus albus*, *Streptococcus beta*, *Enterococcus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Trichomonas vaginalis*. Препарат эффективен в лечении больных с вагинитом, вызванным одновременным воздействием бактерий, мочеполовой трихомонады и грибов. Чрезвычайно важным, с нашей точки, зрения явилось использование данного препарата при чистых недифференцированных типов кольпитов, когда в ответах имел место воспалительный тип мазка без указания на возбудитель.

Цель работы — исследование эффективности препарата «Гиналгин», используемого в качестве средства недифференцированной терапии больных с ЗППП.

Препарат «Гиналгин» использован нами у 80 больных (основная группа) при проведении первого осмотра и подозрении на ЗППП. Пациентки жаловались на выделения из половых путей, боль в низу живота, ощущения жжения, зуд, неприятные ощущения во влагалище. В контрольную группу включены 30 женщин, которым проводили традиционную терапию после получения результатов бактериоскопического и бактериологического исследований. По возрастному составу пациентки обеих групп были сопоставимы.

Схема применения «Гиналгина»: 1 вагинальную таблетку вводили во влагалище 1 раз в сутки на ночь в течение 10 дней.

Всего в испытании участвовали 80 пациентов, дав свое согласие после ознакомления с его методами и целями. Средний возраст участников был 32 ± 29.8 лет, 56,1% - замужние, 47,9% - имеющие детей. По профессиональной принадлежности наибольшую группу

составлял домохозяйки (31,4%), затем служащие контор (27,7%), занятые в производстве (19,4%), студенты (6,0%) и предприниматели (4,5 %). Только 70,6% сообщили о том, что живут половой жизнью, хотя почти все (95,5%) заявили, что имеют партнера.

В 6-месячный период, предшествующий испытанию, 109 пациентов (21,3%) перенесли однажды или несколько раз вагинальное воспаление, в основном вызванное грибами (39,3%). На момент включения в испытание 45 пациентов имели сопутствующие патологии, наиболее часто встречался цистит (6 случаев), диабет (5 случаев) и тонзиллит (4 случая).

Возбудителем вагинита, подтвержденного в 352 случаях микроскопическим исследованием и/или культивированием влагалищной секрета были 44,7% случаев грибки, в 23,7% бактериальная инфекция и в 3% трихомонадная инфекция. В 68% случаев у больных были обнаружены ассоциации грибков с бактериями и/или трихомонадами. На рисунке 1 приведена динамика изменения влагалищной микрофлоры в различные периоды наблюдения. Кислотность влагалища, определяемая с помощью полоски «стикс» или рН-метром, достоверно изменялась во время и после лечения, падая с отметки 5,47 в Т0 (перед лечением) до 4,88 Т10 (после лечения) и 4,72 в Т40 (спустя 1 месяц наблюдения).

Средняя интенсивность всех объективных симптомов (эритема, отек и вагинальные выделения) и субъективных признаков (жжение, зуд, дизурия и диспареуния) у части пациентов, поддерживающих половые отношения, достоверно снизилась уже в Т10, и была либо той же, либо еще ниже в дальнейшем. Частота различных симптомов в процентном выражении, выведенная на рисунках 2 и 3, была также значительно ниже начальной в Т10 и даже продолжала снижаться в Т40.

В 70,5 % случаев партнер следовал назначенному лечению. Из женщин, подтвердивших половые отношения на начальном этапе, 88,4% сообщили, что во время лечения гиналгином от них воздерживались. Назначенный режим дозирования выполнялся 92,7% пациентов; остальные приостановивший лечение или прервавшие его совсем, решили поступить таким образом из-за неблагоприятных реакций. В конце лечения 71,6% пациентов отметили полное выздоровление, 25,0% - значительное улучшение и только 3,4% больных не обнаружили каких-либо изменений своего состояния по сравнению с начальным этапом. Мнение врачей, проводивших испытание. Почти совершенно совпало с мнением больных, склоняясь к отличной оценке эффективности в 66,2%, хорошей — в 21,3%, средней — в 7,5% и слабой — в 2,8%; не совпадали с такой оценкой около 2% клинических учетных форм.

Во время третьего (Т40) посещения, у 2 человек самими больными или врачом были признаны рецидивы, возникшие между Т10 и Т40 (2,5%). Оценка эффективности в это посещение была отличной у 69,7%, хорошей — у 27,0% и плохой — у 3,3%. Безопасность была признана отличной в 76,8% случаях, хорошей - в 14,8%, средней - в 1,9% и слабой - в 0,9%.

Местная 10-дневная терапия с применением «Гиналгина», проведенная на 80 пациентах, привела к полному излечению или значительному уменьшению субъективных и объективных вагинальных симптомов у высокого процента испытуемых. Лечение таким комбинированным препаратом не только уничтожило возбудителя заболевания, но и оказалось способным разорвать порочный круг перехода бактериальной или протозойной инфекции в микоз и обратно, который образуется в результате лечения одним лишь противобактериальным или трихомонацидным препаратом, которое чревато видоизменением физиологической флоры.